

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz –
GVWG (BT-Drs. 19/26822)

30.03.2021

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
2	Regelungen im Einzelnen.....	5
2.1	Ambulante Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ermöglichen (§ 92 Absatz 6b SGB V und § 43a SGB V)	5
2.2	Vergütungsvereinbarung für Psychotherapeut*innen in Ausbildung (§ 117 Abs. 3c SGB V)	8
2.3	Probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung in vertragsärztlichen Praxen ermöglichen (§ 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V)	9
2.4	Berufshaftpflichtversicherung (§ 95e neu SGB V)	11
2.5	Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen (§ 136 Absatz 6 neu)	13
2.6	Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V).....	19
2.7	Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken (§ 39d SGB V)	19
2.8	Klarstellung zur Begrenzung der finanziellen Förderung für besondere Therapieeinrichtungen (pädophile Sexualstörungen; § 65d SGB V)	20
2.9	Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst (§ 276 SGB V).....	20
2.10	Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes (§ 277 SGB V).....	21
2.11	Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§ 17d KHG).....	21
2.12	Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz (Artikel 15 GAPStatG) ..	22

1 Zusammenfassung

Ambulante Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ermöglichen (§ 92 Absatz 6a SGB V)

Bisher ist offen, ob, wann und inwieweit der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie für die ambulante Komplexversorgung nach § 92 Absatz 6a SGB V in einem eigenen Modul regelt. Mit dem Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetzes (GVWG) sollte dies mit einer Fristvorgabe klargestellt werden. Zudem ist es für ein ausreichendes Versorgungsangebot notwendig zu regeln, dass Kinder und Jugendliche im Rahmen der Komplexversorgung Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen haben und Psychotherapeut*innen diese veranlassen und verantworten können.

Vergütungsvereinbarung für Psychotherapeut*innen in Ausbildung (§ 117 Abs. 3c SGB V)

Der Gesetzgeber wollte die schlechte finanzielle Situation der Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA) mit der 2019 in § 117 Abs. 3c SGB V getroffenen Regelung verbessern. Bisher kamen die dafür notwendigen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und den Trägern der Ausbildungsinstitute auf Landesebene jedoch nicht zustande. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) schlägt daher die Ergänzung einer Frist vor, innerhalb derer die Vereinbarung zu schließen ist, um die Voraussetzung für die angestrebte Vergütung der PiA zu schaffen.

Probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung in vertragsärztlichen Praxen ermöglichen (§ 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V)

In vielen Fällen ist es insbesondere aus psychotherapeutischer Sicht sinnvoll, dass die probatorischen Sitzungen während der Krankenhausbehandlung auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen und nicht nur in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden können, um Patient*innen auf eine geplante Entlassung vorzubereiten. Damit die Möglichkeit der probatorischen Sitzungen in der vertragspsychotherapeutischen Praxis während einer Krankenhausbehandlung in der Psychotherapie-Richtlinie eindeutig geregelt und der Leistungsanspruch der Patient*innen gesichert wird, bedarf es einer Präzisierung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA in § 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V.

Berufshaftpflicht (§ 95e neu SGB V)

Vertragspsychotherapeut*innen sollen zusätzlich sozialrechtlich verpflichtet werden, sich ausreichend gegen die sich aus der Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Die Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung aufgrund der Heilberufe- und Kammergesetze sowie der Berufsordnungen besteht bereits

heute, jedoch ist die Berufshaftpflicht bisher keine Voraussetzung für die Zulassung, Ermächtigung und Anstellungsgenehmigung. Ferner sollten die Approbationsbehörden an erster Stelle über den ausreichenden bzw. fehlenden Versicherungsnachweis informiert werden, da auf diesem Wege auch eine privatärztliche Tätigkeit bei fehlendem Versicherungsschutz verhindert werden kann. Die Bundespsychotherapeutenkammer stimmt den Regelungen zu, regt jedoch Änderungen für das Nachbesetzungsverfahren an.

Qualitätssicherung (§ 136a Absatz 6 neu und § 137a Absatz 3 SGB V)

Die geplante Erweiterung des G-BA-Qualitätsportals um einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen lehnt die BPTK ab. Der vorgesehene Ansatz risikoadjustierter Vergleiche auf der Ebene der einzelnen Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen ist angesichts der zu geringen Fallzahlen, der Heterogenität der Patient*innen und der häufig multiprofessionellen Versorgung allein schon unter methodischen Gesichtspunkten nicht erfüllbar.

Insbesondere ist die Messung der Ergebnisqualität, welche bei einem Einrichtungsvergleich die Datengrundlage für das Informationsmodul „Behandlungserfolg“ liefern soll, in sektorübergreifenden Verfahren und vielfach auch in sektorspezifischen ambulanten Verfahren nicht aussagekräftig. Der Behandlungserfolg kann regelhaft nicht eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeordnet werden, weil er zumeist das Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer Leistungserbringer*innen in den verschiedenen Sektoren und über einen längeren Zeitraum ist. Über rein einrichtungsvergleichende Qualitätsinformationsportale können weder für Patient*innen und Angehörige noch für Zuweiser*innen valide Informationen zur Ergebnisqualität der Behandlung bereitgestellt werden.

Die BPTK hält hingegen eine vergleichende Rückmeldung der Versorgungsqualität für zielführend, die ausdrücklich auf die Förderung der Versorgungsqualität abzielt. Diese Rückmeldungen könnten z. B. auf der Ebene der Planungskreise für die jeweils betroffenen Arztgruppen erfolgen und den in einer Region tätigen Leistungserbringer*innen bereitgestellt werden, die gemeinsam die regionale Versorgungsverantwortung wahrnehmen. Hierdurch würde die Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer*innen weiter gefördert. Zudem könnten durch den damit möglichen regionalen Vergleich auch Prozesse des „Lernens von den Besten“ berücksichtigt werden. Die Informationen zur Prozess- und Ergebnisqualität auf regionaler Ebene zeigen den Leistungserbringenden, inwieweit es ihnen gemeinsam gelingt, eine leitlinienorientierte und bedarfsgerechte Versorgung zu organisieren und wo Verbesserungspotenziale liegen. Auch lassen sich struktu-

relle Versorgungsdefizite identifizieren, die den Landesausschüssen sowie den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zur Weiterentwicklung und Sicherstellung der Versorgung dienlich sein können.

2 Regelungen im Einzelnen

2.1 Ambulante Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ermöglichen (§ 92 Absatz 6b SGB V und § 43a SGB V)

Der Gesetzgeber hat im November 2019 mit der Einfügung eines neuen Absatzes 6b in § 92 SGB V beschlossen, dass Patient*innen mit komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Behandlungsbedarf ein neues intensiv-ambulantes Versorgungsangebot erhalten sollen. Dieses Versorgungsangebot soll neben der psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlung auch weitere notwendige Versorgungsangebote wie Ergotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege oder Soziotherapie umfassen, welche in strukturierter Weise von Versorgungsverbänden vorgehalten und durch die behandelnden Psychotherapeut*in oder die Psychiater*in koordiniert werden.

Aktuell berät der G-BA eine Richtlinie für die ambulante Komplexversorgung von schwer psychisch kranken Erwachsenen. Ob, wann und inwieweit sich der G-BA im Anschluss auch der Gruppe minderjähriger Patient*innen mit komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Versorgungsbedarf widmen wird, bleibt bislang offen.

Fachlich unstrittig ist, dass es auch relevante Gruppen von minderjährigen Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden psychosozialen Beeinträchtigungen gibt, die einer strukturierten und koordinierten, multiprofessionellen Komplexbehandlung bedürfen. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche haben dabei spezifische Versorgungsbedarfe, die sich von denen Erwachsener erheblich unterscheiden. Neben den ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sowie den weiteren im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildeten Behandlungsleistungen benötigen sie insbesondere auch heilpädagogische, psychologische und psychosoziale Maßnahmen.

Um eine qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu fördern, ist bereits in § 43a SGB V der Leistungsanspruch von versicherten Kindern auf „nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen“ verankert und in der Folge in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) umgesetzt. Gerade für versicherte Kinder mit einem komplexen psychotherapeutischen

Behandlungsbedarf greifen diese Regelungen bislang jedoch noch zu kurz, da dieser in den sozialpsychiatrischen Praxen in der Regel nur begrenzt adressiert ist und die Vernetzungen und Kooperationen mit vertragspsychotherapeutischen Praxen vielfach noch unzureichend sind. So erhält nach dem SPV-Abschlussbericht von 2014 nur ein ausgesprochen geringer Anteil der im Rahmen der SPV behandelten Versicherten auch intensivere psychotherapeutische Leistungen. Darüber hinaus können die SPV-Praxen aufgrund der regional sehr unterschiedlichen Versorgungsdichte keine flächendeckende Versorgung sicherstellen.

Damit sichergestellt werden kann, dass zukünftig auch für Kinder und Jugendliche, zum Beispiel mit komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen, ein an ihre spezifischen Versorgungsbedarfe angepasstes intensiv-ambulantes Behandlungsangebot zur Verfügung steht, sollte in § 92 Absatz 6b SGB V explizit mit Fristvorgabe 30. Juni 2022 geregelt werden, dass der G-BA eine entsprechende Regelung in der Richtlinie zur ambulanten Komplexversorgung erarbeitet. Kinder und Jugendliche sollten durch eine Ergänzung in § 43a SGB V im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung einen Anspruch auf nicht-ärztliche sozialpädiatrische, insbesondere psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen erhalten, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung erbracht werden.

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung in § 92 Absatz 6b SGB V vor:

*„(6b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. **Für versicherte Kinder schließt dies den Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen nach § 43a ein, die durch den koordinierenden Arzt oder Psychotherapeuten veranlasst und verantwortet werden.** Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.“*

Aus der vorgeschlagenen Regelung, dass im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V auch die koordinierende Psychotherapeut*in bei Kindern und Jugendlichen notwendige nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen veranlassen und verantworten kann, ergibt sich die Notwendigkeit einer Anpassung des § 43a SGB V.

Die BPTK schlägt hierfür die Einführung eines neuen Absatzes 3 in § 43a SGB V vor:

„§ 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

- (1) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt.*
- (2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.*
- (3) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b erbracht werden.“***

Aus der Einfügung eines neuen Absatzes 3 in § 43a SGB V ergibt sich darüber hinaus die Notwendigkeit einer Anpassung des § 85 Absatz 2 Satz 4 SGB V insofern, dass eine angemessene Vergütung nichtärztlicher Leistungen auch im Rahmen psychotherapeutischer Tätigkeit vereinbart werden muss.

Die BPTK schlägt daher folgende Ergänzung in § 85 Absatz 2 Satz 4 SGB V vor:

„§ 85 Gesamtvergütung

- (1) [...]*
- (2) [...] Die Vertragsparteien haben auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer, ~~und~~ psychiatrischer **und psychotherapeutischer** Tätigkeit und für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren; das Nähere ist jeweils im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren. [...]*

2.2 Vergütungsvereinbarung für Psychotherapeut*innen in Ausbildung (§ 117 Abs. 3c SGB V)

Mit dem Psychotherapeutenausbildungsreform-Gesetz (PsychThAusRefG) wurden auch Regelungen zur Vergütung von PiA und zukünftige Psychotherapeut*innen in Weiterbildung (PiW) festgelegt. Mit dem durch das PsychThAusRefG neu eingefügten § 117 Abs. 3c Satz 1 Nr. 2 SGB V werden die Vertragsparteien nach § 120 Abs. 2 SGB V verpflichtet, dass in den Verträgen ein Anteil an der Vergütung zu vereinbaren ist, mit dem die von den Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmenden geleistete Krankenbehandlung angemessen abgegolten wird. Dieser zu vereinbarende Anteil soll mindestens 40 Prozent der Vergütung betragen. In der Gesetzesbegründung wurde darüber hinaus erläutert, dass bei der Festlegung des Anteils sowohl die wirtschaftlichen Interessen der Aus- und Weiterbildungsteilnehmenden (leistungsgerechte Teilhabe), als auch die wirtschaftlichen Interessen der Aus- und Weiterbildungsstätten (Kostendeckung bei wirtschaftlicher Betriebsführung) berücksichtigt werden sollen. Des Weiteren sind nach § 117 Abs. 3c Satz 2 SGB V die Ambulanzen verpflichtet, den vereinbarten Anteil jeweils an die Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmenden weiterzuleiten und dies den Krankenkassen nachzuweisen.

Mit dieser Regelung wollte der Gesetzgeber die schlechte finanzielle Situation der Psychotherapeut*innen in Ausbildung verbessern. Wichtig ist daher, dass die Umsetzung dieser Regelung für die Psychotherapeut*innen in Ausbildung entsprechend dem Willen des Gesetzgebers möglichst kurzfristig sichergestellt wird.

Ergänzungsvorschlag zu einer Fristsetzung in § 117 Abs. 3c SGB V:

Die BpTK schlägt vor, dass in § 117 Abs. 3c SGB V eine Frist zu ergänzen:

§ 117

Hochschulambulanzen

„(3c) Für die Vergütung der in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 bis 3b erbrachten Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass

- 1. dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll und*
- 2. ein Anteil an der Vergütung zu vereinbaren ist, mit dem die von den Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmern geleistete Krankenbehandlung angemessen abgegolten wird; der zu vereinbarende Anteil beträgt mindestens 40*

Prozent der Vergütung. Die für die Vergütung von Ausbildungsteilnehmern relevante Vereinbarung nach Satz 1 ist bis zum [Datum: 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes] zu schließen.

Die Ambulanzen sind verpflichtet, den Anteil nach Satz 1 Nummer 2 jeweils an die Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmer weiterzuleiten und dies den Krankenkassen nachzuweisen. Im Übrigen gilt § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 entsprechend.“

Begründung:

Durch die Ergänzung einer Frist, innerhalb derer die Vereinbarung nach § 117 Abs. 3c Satz 1 Nr. 2 SGB V in Bezug auf die Ausbildung zu schließen ist, wird sichergestellt, dass die Vereinbarungen zeitnah zu Stande kommen. Sachgerecht ist eine Frist von 6 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes.

2.3 Probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung in vertragsärztlichen Praxen ermöglichen (§ 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V)

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 wurden auch Regelungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung im Krankenhaus getroffen. Der G-BA wurde zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung beauftragt, in der Psychotherapie-Richtlinie und in der neuen Richtlinie für die Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V zu regeln, dass probatorische Sitzungen als Teil der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bereits während einer stationären Behandlung auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden können (§ 92 Absatz 6a SGB V). Hierdurch soll eine lückenlose psychotherapeutische Versorgung im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung befördert werden. Um die sektorenübergreifende psychotherapeutische Versorgung weiter zu stärken, schlägt die BPTK in diesem Zusammenhang ferner eine Präzisierung der Regelung in § 92 Absatz 6a SGB V vor.

In § 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V wird folgende Änderung eingefügt:

*„Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig **noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses** durchgeführt werden;“*

Begründung:

In vielen Fällen ist es insbesondere aus psychotherapeutischer Sicht sinnvoll, dass die probatorischen Sitzungen während der Krankenhausbehandlung nicht nur in den Räumen des Krankenhauses, sondern auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden können. Im Rahmen psychiatrischer Krankenhausbehandlungen werden bereits heute regelhaft Belastungserprobungen durchgeführt, um Patient*innen auf eine geplante Entlassung vorzubereiten und ggf. auftretende Probleme therapeutisch bearbeiten zu können. In diesem Zusammenhang werden Patient*innen zum Beispiel stundenweise oder über Nacht von der Krankenhausbehandlung beurlaubt und erproben in der Zeit zum Beispiel, wie gut sie mit den Belastungen im häuslichen Umfeld umgehen und ihre gelernten Bewältigungsstrategien anwenden können und welche Schwierigkeiten dabei ggf. auftreten. Auch arbeitsbezogene Belastungserprobungen werden zu diesem Zwecke außerhalb des Krankenhauses durchgeführt.

In diesem Sinne kann es für viele Patient*innen hilfreich sein, wenn sie für den Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung noch während der Krankenhausbehandlung die jeweilige psychotherapeutische Praxis für entsprechende probatorische Sitzungen aufsuchen können. Je nach individueller Belastbarkeit der Patient*in könnte diese Belastungserprobung eigenständig oder in Begleitung durch Krankenhauspersonal oder gegebenenfalls auch eine ambulant tätige Soziotherapeut*in durchgeführt werden. Für Patient*innen hätte dies zum einen den Vorteil, dass sie sich für eine ambulante Psychotherapie bei einer Psychotherapeut*in auf Basis der realen Behandlungserfahrung in den Räumlichkeiten der jeweiligen Praxis entscheiden könnten.

Zum anderen würden Patient*innen durch den positiven Verlauf dieser Belastungserprobung darin bestärkt, dass sie in der Lage sind, eigenständig oder gegebenenfalls mit soziotherapeutischer Unterstützung Termine in der psychotherapeutischen Praxis wahrzunehmen. Auch probatorische Sitzungen im Gruppensetting könnten dadurch ermöglicht werden, die Patient*innen helfen können, sich für ein entsprechendes Behandlungsangebot zu entscheiden.

Bei der Änderung des Psychotherapie-Richtlinie vom 20. November 2020 hat der G-BA seinen gesetzlichen Auftrag, das Nähere zur frühzeitigen Durchführung erforderlicher probatorischer Sitzungen auch in den Räumen des Krankenhauses in der Richtlinie zu regeln, nicht umgesetzt. Vielmehr wurde lediglich der Wortlaut des Gesetzes in den § 12 Psychotherapie-Richtlinie übertragen. In dem Beschlussentwurf des G-BA zur neuen Richtlinie für die Versorgung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V fehlte ein entsprechender Regelungsvorschlag sogar in Gänze.

Damit die Möglichkeit der probatorischen Sitzungen in der vertragspsychotherapeutischen Praxis während einer Krankenhausbehandlung in der Psychotherapie-Richtlinie und in der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V eindeutig geregelt und der Leistungsanspruch der Patient*innen gesichert wird, bedarf es daher der vorgeschlagenen Präzisierung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA in § 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V.

2.4 Berufshaftpflichtversicherung (§ 95e neu SGB V)

Die BpTK stimmt der in Ergänzung zu berufsrechtlichen Regelungen vorgeschlagenen sozialrechtlichen Verankerung und Kontrolle des Abschlusses einer verpflichtenden Berufshaftpflichtversicherung für vertragspsychotherapeutische Leistungserbringer*innen zu. Eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung dient vor allem dem Schutz von Patient*innen, mögliche Schadensersatzansprüche auch durchsetzen zu können, aber auch dem Schutz der Leistungserbringer*innen vor einer möglichen Zahlungsunfähigkeit.

Für Leistungserbringer*innen, die rein privatpsychotherapeutische Leistungen erbringen, gilt weiterhin ausschließlich die in den Heilberufe- und Kammergesetzen sowie die in den Berufsordnungen verankerte Verpflichtung zum Abschluss einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung. Sanktioniert werden kann die fehlende oder nicht ausreichende Berufshaftpflichtversicherung durch die Anordnung des Ruhens der Approbation (§ 5 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 PsychThG, § 5 Absatz 1 Nummer 5 BÄO). Eine privatärztliche Tätigkeit bei fehlendem Versicherungsnachweis kann ausgeschlossen werden, indem die Approbationsbehörden an erster Stelle über den ausreichenden bzw. fehlenden Versicherungsnachweis informiert werden und diese dann die Kammer informieren, so wie es auch die Stellungnahme des Bundesrates aufzeigt.

Die BpTK hält die in Absatz 2 festgelegte Mindestversicherungssumme in Höhe von drei Millionen Euro für gerade noch vertretbar und begrüßt deshalb auch die Möglichkeit, durch Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband eine höhere Versicherungssumme zu vereinbaren.

Grundsätzlich ist die Vorlage eines Versicherungsausweises bei Anträgen auf Zulassung, auf Ermächtigung oder auf Genehmigung einer Anstellung sinnvoll. Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass vertragspsychotherapeutische Zulassungen zu einem großen Anteil im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren erfolgen. Üblicherweise muss der Zulassungsausschuss eine Auswahl unter mehreren Bewerbern treffen. Insofern steht erst mit der Entscheidung über die Zulassung fest, ob eine Berufshaftpflichtversicherung benötigt wird oder nicht. Diese Konstellation muss im Gesetz Berücksichtigung finden. Für den Fall, dass

die im Nachbesetzungsverfahren zugelassene Leistungserbringer*in den Nachweis über die Berufshaftpflichtversicherung nicht fristgerecht erfüllt, hält die BPtK das Ruhen der Zulassung bis zur Vorlage eines Nachweises für angemessen.

Die BPtK stimmt zu, dass in § 95e Absatz 6 SGB V auch bereits zugelassene bzw. ermächtigte Leistungserbringer*innen zusätzlich zur bestehenden berufsrechtlichen Vorgabe verpflichtet werden, den Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung zu erbringen.

Regelungen zum verpflichtenden Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung finden sich in den Heilberufe- und Kammergesetzen, in den Berufsordnungen und zukünftig auch im SGB V. Dies erfordert einen funktionierenden Informationsaustausch. Insofern trägt § 95e Absatz 7 SGB V zu einer Harmonisierung der Abläufe bei.

Ergänzungsvorschlag zum Nachweis des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes im Nachbesetzungsverfahren (§ 95e Abs. 3 und 4 SGB V):

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung in § 95e Absatz 3 und 4 SGB V vor:

„28. Nach § 95d wird folgender § 95e eingefügt:

(...)

(3) Der Vertragsarzt hat das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen

- 1. bei Stellung des Antrags auf Zulassung, auf Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung sowie*
- 2. auf Verlangen des Zulassungsausschusses.*

Erfolgt die Zulassung im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens, hat der Vertragsarzt den in Satz 1 genannten Nachweis spätestens zwei Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung über die Zulassung zu erbringen.

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, dem zuständigen Zulassungsausschuss Folgendes unverzüglich anzuzeigen.

(4) Erlangt der Zulassungsausschuss Kenntnis, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht oder dass dieser endet, fordert er den Vertragsarzt unverzüglich zur Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz auf. Kommt

*der Vertragsarzt der Aufforderung nach Satz 1 nicht unverzüglich **oder innerhalb der in Abs. 3 Satz 2 genannten Frist nach**, hat der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung spätestens bis zum Ablauf der Nachhaftungsfrist des § 117 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz mit sofortiger Wirkung zu beschließen. Satz 2 gilt im Fall der bevorstehenden Beendigung des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes entsprechend, wenn der Vertragsarzt der Aufforderung nach Satz 1 nicht spätestens bis zum Ende des auslaufenden Versicherungsverhältnisses nachkommt. Der Vertragsarzt ist zuvor auf die Folge des Ruhens der Zulassung nach Satz 2 hinzuweisen. Das Ende des Ruhens der Zulassung wird durch Bescheid des Zulassungsausschusses festgestellt, wenn das Bestehen eines ausreichenden Versicherungsschutzes durch den Vertragsarzt nachgewiesen wurde. Das Ruhen der Zulassung endet mit dem Tag des Zugangs dieses Bescheides bei dem Vertragsarzt. Endet das Ruhen der Zulassung nicht innerhalb von zwei Jahren nach dem Beschluss nach Satz 2, hat der Zulassungsausschuss das Entziehen der Zulassung zu beschließen.*

(5) (...)“

Begründung:

Durch die Änderung wird im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren sichergestellt, dass der Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung spätestens zwei Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung des Zulassungsausschusses erfolgen muss. Damit wird dem Prozess des Nachbesetzungsverfahrens Rechnung getragen, da üblicherweise der Zulassungsausschuss eine Auswahl unter mehreren Bewerber*innen trifft. Insofern steht erst mit der Entscheidung über die Zulassung fest, ob eine Berufshaftpflichtversicherung benötigt wird oder nicht.

2.5 Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen (§ 136 Absatz 6 neu)

Mit der Einfügung eines neuen Absatzes 6 in § 136a SGB V soll der G-BA beauftragt werden, in einer Richtlinie bis zum 31. Dezember 2022 einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit festzulegen, um insbesondere durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen und zugelassenen Krankenhäuser (auf Basis der Auswertung der nach Maßgabe des § 299 SGB V bereits verarbeiteten Daten) die Transparenz und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse soll dabei in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form einrichtungsbezogen und regelmäßig erfolgen – nach der Gesetzesbegründung gegebenenfalls sogar unterjährig. Die Ergebnisse der Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im

Gesundheitswesen (IQTIG) zur Entwicklung eines Qualitätsportals sollen hierbei berücksichtigt werden.

Das geplante G-BA-Qualitätsportals schafft keine Transparenz für Patient*innen und Leistungserbringer

Bereits die bisherigen Entwicklungsarbeiten des IQTIG, die im Zwischenbericht zum Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal vom 9. September 2020 zusammengefasst wurden, haben deutlich gemacht, dass es selbst bei einer vorläufigen Fokussierung des Qualitätsportals auf elektive und dringend elektive Krankenhausaufenthalte enorme methodische und konzeptionelle Herausforderungen gibt. Unter anderem sind bei der Konzeption die sehr unterschiedlichen Informationsbedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen angemessen zu berücksichtigen.

Die Qualitätsindikatorensets aus den jeweiligen QS-Verfahren bilden gegenwärtig die verschiedenen Qualitätsdimensionen bzw. Informationsmodule, wie sie vom IQTIG konzipiert werden, ganz überwiegend nicht umfassend ab. Vielfach adressieren einzelne Qualitätsindikatoren nur sehr umgrenzte Teilaspekte der Versorgungsqualität. Sie können daher für eine quasi metrische Messung dieser Dimensionen im Rahmen einer Aggregation der Qualitätsinformation durch Indexbildung nicht genutzt werden. Eine valide Abbildung der Gesamtdimension ist somit nicht möglich. Es ist ausgesprochen problematisch, dass die vorgeschlagenen Informationsmodule den Nutzer*innen des Portals eine umfassende, objektive Ergebnismessung in einem Leistungsbereich eines Krankenhauses nur suggerieren, aber nicht anbieten können. Ergebnisse zu einem kleinen Teilbereich erlauben keinen zuverlässigen Rückschluss auf die Qualität in einem Leistungsbereich eines Krankenhauses, der für eine Patienteninformation genutzt werden sollte.

Ferner erscheint auch eine qualitative Bewertung von Qualitätsindikatorergebnissen infolge rechnerischer Auffälligkeiten in den meisten Fällen unverzichtbar. Das bedeutet auch, dass die Ergebnisse der strukturierten Dialoge bzw. die Stellungnahmen der Leistungserbringer*in vor einer Veröffentlichung der Indikatorergebnisse abzuwarten sind. Regelungen zur Veröffentlichung von Stellungnahmen der Leistungserbringenden im Rahmen des Qualitätsportals, wie sie in der Gesetzesbegründung vorgesehen werden, sind dabei mit einem patientenorientierten Informationsportal nicht kompatibel.

Auch erscheint eine noch aktuellere, gegebenenfalls unterjährige Information der Öffentlichkeit, wie sie in der Gesetzesbegründung zur Ergänzung des Absatzes 6 in § 136a anklängt, über die auf den Indikatorergebnissen beruhenden Einrichtungsvergleiche inso-

weit völlig unrealistisch. Gänzlich offen ist schließlich noch, wie künftig Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen für diese Einrichtungsvergleiche genutzt werden können. Unter anderem zählen die Begrenzungen der Datengrundlagen aufgrund reduzierter Rücklaufzeiten, geringen Fallzahlen, heterogenen Patientengruppen hier zu den einschlägigen und bestens bekannten methodischen Herausforderungen. Methodisch adäquate Risikoadjustierungen sind unter diesen Voraussetzungen schlicht nicht möglich, weshalb der Ansatz, mit einem Qualitätsportal mehr Transparenz zu schaffen, zum Scheitern verurteilt ist.

Logik der stationären QS-Verfahren ist nicht auf den ambulanten Bereich bzw. die sektorenübergreifende Versorgung übertragbar

Insgesamt sind aus Sicht der BPTK die gegenwärtigen Herausforderungen für die Entwicklung eines G-BA-Qualitätsportals für den stationären Bereich so umfangreich und komplex, dass sich eine Erweiterung des Portals um einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen verbietet. Zu beachten ist dabei auch, dass sich die Konzeption der Qualitätssicherungsverfahren, wie sie im stationären Bereich entwickelt wurden, von ganz wenigen Ausnahmen wie beispielsweise dem sektorgleichen QS-Verfahren PCI abgesehen, nicht auf den ambulanten Bereich übertragen lässt. Auch die Qualitätsinformationen aus den sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren lassen sich nicht in vergleichbarer Weise für ein solches auf Einrichtungsvergleichen basierendem Qualitätsportal zur Information der Öffentlichkeit zum Zwecke der Transparenz und der Qualität nutzen. Dies gilt insbesondere für die Verfahren, die sich nicht auf eng definierte Behandlungsepisoden bei relativ homogenen Patientengruppen, sondern sich vielmehr – wie beispielsweise beim QS-Verfahren Schizophrenie – auf die Versorgung von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen bei sehr heterogenen Krankheitsverläufen und variierenden Behandlungsepisoden in den verschiedenen Sektoren beziehen.

Insbesondere die Messung der Ergebnisqualität, welche bei einem Einrichtungsvergleich die Datengrundlage für das Informationsmodul „Behandlungserfolg“ liefern sollte, ist in den sektorübergreifenden Verfahren und vielfach auch in den sektorspezifischen ambulanten Verfahren wesentlichen Limitationen unterworfen. Denn der Behandlungserfolg kann hier regelhaft nicht eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeordnet werden. Dieser ist zumeist das Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer Leistungserbringer*innen – sowohl parallel als auch in aufeinanderfolgenden Behandlungsepisoden (z. B. ambulant – stationär – ambulant) über einen längeren Zeitraum. Dennoch ist es so, dass sich die Entwicklung der QS-Verfahren auf Qualitätsaspekte und -indikatoren beschränkt, bei denen die Indikatorergebnisse eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeschrieben werden

können. Wesentliche Bereiche der Prozess- und Ergebnisqualität in der Versorgung werden dadurch gar nicht betrachtet und nicht an die beteiligten Leistungserbringer*innen rückgemeldet. Bedeutsame Informationen für die Qualitätsverbesserung und Weiterentwicklung der Versorgung in vernetzten Strukturen bleiben so ungenutzt.

Auch die in diesem Entwurf vorgesehene Änderung des § 299 Absatz 4 Satz 8 SGB V, mit der die Möglichkeit geschaffen werden soll, dass bis zu 24 Monate nach Versand von Fragebögen im Rahmen der Patientenbefragung die Versendestelle weiterhin über die erforderlichen Adressat*innen für einen erneuten Versand der Fragebögen verfügen kann, reflektiert die Notwendigkeit, längere Behandlungszeiträume und zugleich Behandlungsergebnisse zu erfassen und abzubilden, die nicht mehr einer Leistungserbringer*in allein zugeschrieben werden können. Diese Änderung ist aus Sicht der BPtK sachgerecht und weist zugleich auf einen grundsätzlichen Weiterentwicklungsbedarf bei den sektorübergreifenden QS-Verfahren hin.

Die für die Patient*innen und Angehörigen, aber auch die möglichen Zuweiser*innen, interessanten und relevanten Informationen zur Ergebnisqualität der Behandlung können somit über einrichtungsvergleichende Qualitätsinformationsportale nicht zur Verfügung gestellt werden. Entscheidungsrelevante Qualitätsinformationen für die Wahl ihrer ambulanten Leistungserbringer*innen werden Patient*innen auf Basis der Indikatorergebnisse aus den QS-Verfahren entsprechend nicht erhalten. Der sehr begrenzte Ausschnitt des Leistungsgeschehens in der vertragsärztlichen Versorgung, der über datengestützte QS-Verfahren auch nur ansatzweise erfasst wird, dürfte in einem scharfen Kontrast zu den Erwartungen von Patient*innen stehen, über das Qualitätsportal hilfreiche Informationen zu erhalten.

Angesichts der begrenzten Aussagekraft und aufgrund der kleinen Stichproben regelhaft auch limitierten Validität der Indikatorergebnisse zur Prozess- und Ergebnisqualität, die in der vertragsärztlichen Versorgung eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeschrieben werden können, erscheint auch die Abwägung der Rechtsgüter von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden einerseits und von Patient*innen andererseits, wie sie in der Gesetzesbegründung dargelegt wird, nicht tragfähig.

Berücksichtigung der Ergebnisqualität über Systemindikatoren im regionalen Vergleich

Die unreflektierte Übertragung des Qualitätssicherungsparadigmas aus den sektorspezifischen stationären QS-Verfahren auf die sektorenübergreifenden, aber auch die sektorenspezifischen ambulanten QS-Verfahren bei chronisch verlaufenden Erkrankungen führt dabei dazu, dass diese QS-Verfahren ein Übergewicht im Bereich von Struktur- und

Prozessqualitätsindikatoren aufweisen, bei denen die realen Qualitätsdefizite in der Versorgung eher geringfügig einzuschätzen sind. Eine gravierende Folge ist aber auch, dass in den QS-Verfahren wesentliche Qualitätsverbesserungspotenziale durch die Ausblendung von Aspekten der Ergebnis- und Prozessqualität, die nicht eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeschrieben werden können, ungenutzt bleiben. In diesen Fällen wären die nicht eindeutig einer Leistungserbringer*in zuschreibbaren Indikatoren der Ergebnis- und Prozessqualität als Systemindikatoren zu konzipieren. Diese sollten regionalisiert den an einem QS-Verfahren teilnehmenden Leistungserbringer*innen systematisch rückgespiegelt werden.

Anstelle von Einrichtungsvergleichen wären hier Vergleiche der Versorgungsqualität, zum Beispiel auf der Ebene der Planungskreise der jeweils betroffenen Arztgruppen, zielführend. Hierdurch könnte auch die gemeinsame Übernahme von regionaler Versorgungsverantwortung durch die jeweils in einer Region tätigen Leistungserbringer*innen und deren Vernetzung gefördert werden. Auch Prozesse des „Lernens von den Besten“ könnten unter derartigen Perspektiven und Voraussetzungen datengestützt realisiert und Impulse zur Förderung der Versorgungsqualität gesetzt werden. Und schließlich ließen sich über diese Form der Aggregation von Informationen der Prozess- und Ergebnisqualität auf regionaler Ebene auch strukturelle Versorgungsdefizite identifizieren. Diese könnten in der Folge von den Landesausschüssen oder den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zum Anlass genommen werden, zum Beispiel bestehende Zulassungsbeschränkungen für einen Planungskreis aufzuheben bzw. die Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen für Teilgebiete zu beantragen.

Gesetzlicher Auftrag zur Entwicklung von Systemindikatoren der Ergebnisqualität

Das IQTIG hat beispielsweise im Rahmen der Entwicklung des QS-Verfahrens Schizophrenie bereits eine Reihe von Systemindikatoren zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt (siehe Abschlussbericht des IQTIG mit Stand vom 22. Dezember 2017). Die Beratungen im G-BA haben jedoch gezeigt, dass aufgrund der Fokussierung der QS-Verfahren auf Indikatoren, bei denen die Verantwortung eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeschrieben werden kann, diese Systemindikatoren im Rahmen der weiteren Entwicklungen und Ausgestaltung der QS-Verfahren nicht umfassender erprobt werden. Dabei ist unstrittig, dass somit wesentliche Informationen und Qualitätsprobleme in der Versorgung nicht systematisch adressiert werden können. Darüber hinaus mangelt es derzeit noch an konzeptionellen Überlegungen, wie diese Indikatorinformationen in geeigneter Weise (Aggregation, Regionalisierung) an die Leistungserbringenden, aber auch an die Landesausschüsse und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden systematisch rückgemeldet werden können.

Änderungsvorschlag zur Entwicklung von Systemindikatoren der Ergebnisqualität in § 136a Absatz 6 SGB V:

Die BpTK schlägt daher vor, den § 136a wie folgt zu ändern:

„40. Dem § 136a wird folgender Absatz 6 angefügt:

*(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie erstmals bis zum 31. Dezember 2022 einheitliche **Regelungen für die Information der Landesausschüsse, der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und der zugelassenen Krankenhäuser auf Basis der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe der sektorenübergreifenden und sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahren berechneten Systemindikatoren fest. Er trifft dabei insbesondere Festlegungen zu Art und Umfang der Aggregation der Daten auf regionaler Ebene. Die Information über die Auswertungsergebnisse hat insbesondere planungskreisbezogen und regelmäßig zu erfolgen. Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der einrichtungsbezogenen Auswertungen nach Maßgabe des § 299 (Qualitätsdaten) fest. Er trifft insbesondere Festlegungen zu Inhalt, Art, Umfang und Plausibilisierung der für diesen Zweck durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder einen von ihm beauftragten Dritten einrichtungsbezogen zu verarbeitenden Qualitätsdaten sowie zu Inhalt, Art, Umfang und Verfahren der Veröffentlichung der risikoadjustierten Vergleichsdaten in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache. Die Erforderlichkeit der Datenverarbeitung für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche ist in der Richtlinie darzulegen. Die Veröffentlichung der Vergleichsdaten hat einrichtungsbezogen und mindestens jährlich auf Basis aktueller Qualitätsdaten zu erfolgen. Die Ergebnisse der Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 und 6 sollen in der Richtlinie nach Satz 1 berücksichtigt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert***

~~regelmäßig die in der Richtlinie bestimmten Qualitätsdaten und Vergleichsdaten im Hinblick auf ihre Eignung und Erforderlichkeit zur Erreichung des festgelegten Ziels. Über die Ergebnisse hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2024, zu berichten. Mit der Evaluation nach Satz 6 kann der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut nach § 137a beauftragen.“~~

Darüber hinaus schlägt die BPtK vor, in § 137a Absatz 3 SGB V den gesetzlichen Auftrag an das IQTIG bei der Indikatorentwicklung explizit um die Entwicklung von Systemindikatoren, bei denen die Verantwortung nicht eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeschrieben werden kann, zu ergänzen:

„43. § 137a Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 Nummer 1 werden **nach dem Wort „Indikatoren“ die Wörter „einschließlich Systemindikatoren“** und nach dem Wort „Patientenbefragungen“ die Wörter „auch in digitaler Form“ eingefügt.
- b) (...)“

2.6 Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)

Der Entwurf sieht vor, dass ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen künftig in Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umgewandelt werden. Die Gesunderhaltung und -förderung sollen gestärkt werden mit dem Ziel, dass Erkrankungen vorgebeugt oder der Krankheitsverlauf abgemildert werden.

Die BPtK begrüßt diese Regelung, da diese die Gesundheit von Menschen mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen und von Menschen mit psychischen Erkrankungen fördern und stärken kann. Versicherte sollten über den Leistungsanspruch informiert werden und ein niedrigschwelliger Zugang zur Leistung sichergestellt werden

2.7 Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken (§ 39d SGB V)

Der im Gesetzentwurf vorgeschlagene § 39d SGB V führt die paritätische Finanzierung von Koordinierungs- und Vernetzungsstellen in der Hospiz- und Palliativversorgung durch die Kommunen und die gesetzliche Krankenversicherung ein. Ziel ist es, im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge die Koordination und Vernetzung der verschiedenen professionellen und ehrenamtlichen Versorgungs- und Beratungsangebote sicherzustellen.

Die BPtK unterstützt die vorgeschlagene Regelung. Durch die Sicherstellung der gemeinsamen Finanzierung von Koordinierungs- und Vernetzungsstellen durch Kommunen und gesetzlicher Krankenversicherung wird der Auf- und Ausbau von inter- und multidisziplinären Netzwerken in der Hospiz- und Palliativversorgung nachhaltig gefördert und kann damit zu einer Verbesserung der Versorgung von Patient*innen und ihren Angehörigen beitragen, die sowohl regionale Besonderheiten berücksichtigt und gleichzeitig auf individuelle Bedürfnisse eingeht.

Darüber hinaus wäre es aus Sicht der BPtK zu begrüßen, wenn diese Regelung auch auf andere Bereiche ausgeweitet werden würde, um die Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge auf die Versorgung weiterer vulnerabler Gruppen zu erweitern, wie beispielsweise in der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen oder in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungs- und Unterstützungsbedarf.

2.8 Klarstellung zur Begrenzung der finanziellen Förderung für besondere Therapieeinrichtungen (pädophile Sexualstörungen; § 65d SGB V)

Der Regelungsvorschlag stellt klar, dass die Modellvorhaben zur Förderung von Leistungserbringer*innen, die Patient*innen mit pädophilen Sexualstörungen behandeln, einer Förderdauer von acht Jahren entspricht.

Die BPtK begrüßt diese Klarstellung. Ferner muss aus Sicht der BPtK klargestellt werden, dass erfolgreiche Modellvorhaben im Anschluss an die Förderzeit in die Regelversorgung übernommen werden, sodass diese Angebote Patient*innen regelhaft zur Verfügung stehen und damit zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

2.9 Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst (§ 276 SGB V)

§ 276 SGB V regelt, dass Leistungserbringer*innen der Zweck der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) oder die Krankenkassen mitgeteilt werden muss, um die Transparenz zu gewährleisten, und damit Leistungserbringer*innen die Anforderungen bedarfsgerecht erfüllen können.

Die BPtK begrüßt diese Regelung, denn durch die Mitteilung des Zwecks der Begutachtung wird der bürokratische Aufwand für Psychotherapeut*innen reduziert und die Zuarbeit optimiert, da dies die zielgerichtete Zusammenstellung und Bereitstellung der notwendigen Informationen durch Psychotherapeut*innen zur Begutachtung erleichtert.

2.10 Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes (§ 277 SGB V)

In § 277 SGB V soll darüber hinaus geregelt werden, dass der MD die Leistungserbringer*innen nur in den Fällen informiert, in denen das Begutachtungsergebnis des MD zu einer anderen Einschätzung als dasjenige der Leistungserbringer*in kommt. Der MD wird befugt, die Leistungserbringer*in zu unterrichten, wenn das Ergebnis der Begutachtung des MD nicht vom Vorgehen der Leistungserbringer*in abweicht. Ferner sollen die Mitteilungspflichten und -befugnisse des MD an die betroffenen Leistungserbringer*innen in Fällen zur Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 nur dann gelten, wenn die Versicherten der Mitteilung zugestimmt haben. Die gesetzliche Krankenversicherung hat hierzu dem MD das Vorliegen einer Einwilligung mitzuteilen. Des Weiteren können Leistungserbringer*innen mit Einwilligung der Versicherten beim MD beantragen, dass die wesentlichen Gründe für ein abweichendes Begutachtungsergebnis mitgeteilt werden. Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen sind vom MD an die Versicherte* vollständig und in schriftlicher oder elektronischer Form zu übermitteln.

Die BpTK begrüßt, dass Psychotherapeut*innen zukünftig gezielt informiert werden, wenn das Begutachtungsergebnis des MD von ihrer Einschätzung abweicht. Dies reduziert administrative Aufwände; gleichzeitig ist für Psychotherapeut*innen klarer einsehbar, in welchen Begutachtungsfällen entgegen ihrer Einschätzung entschieden wurde. Aus Sicht der BpTK ist es sachgerecht, dass die Mitteilungspflichten und -befugnisse des MD gegenüber der Leistungserbringer*in bei Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen nur bei Einwilligung der Versicherten erfolgen. Des Weiteren begrüßt die BpTK, dass der MD zur Mitteilung der wesentlichen Gründe verpflichtet wird, wenn die Leistungserbringer*in mit Einwilligung der Versicherten diese bei einem abweichenden Begutachtungsergebnis anfordert, da dies maßgeblich zur Transparenz des Begutachtungsergebnisses beiträgt.

2.11 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§ 17d KHG)

Die vorgeschlagene Änderung regelt, dass aufgrund der wegfallenden Psychiatrie-Personalverordnung zukünftig die Zahl der insgesamt beschäftigten Pflegekräfte und die Zahl der in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätigen Pflegekräfte übermittelt werden, um die Weiterentwicklung des Entgeltsystems von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu gewährleisten.

Die BpTK unterstützt diese Regelung, da sie sich folgerichtig aus dem Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung ergibt.

2.12 Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz (Artikel 15 GAPStatG)

Der Gesetzentwurf führt die gesetzliche Grundlage für Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten und des Gesundheitspersonals sowie eines regionalen Gesundheitspersonalmonitorings durch das Statistische Bundesamt ein.

Die BpTK begrüßt den Vorschlag, denn mittels dieser Statistiken können u. a. wichtige empirisch fundierte Aussagen zu regionaler Krankheitslast, realen Versorgungsbedarfen und insbesondere auch zum Ausmaß einer möglichen medizinischen Unterversorgung gemacht werden.

Mit Blick auf die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen ist dies essenziell, denn eine zeitnahe, wohnortnahe und barrierefrei zugängliche Versorgung muss für alle Patient*innen mit psychotherapeutischem Versorgungsbedarf bundesweit sichergestellt werden. Lange Wartezeiten aufgrund eines hohen Versorgungsbedarfs und einer unzureichenden Bedarfsplanung, die die realen Versorgungsbedarfe nicht abdeckt, stehen dem jedoch aktuell entgegen. Insbesondere die geplante Bundesstatistik zum regionalen Gesundheitspersonalmonitoring gemäß § 5 GAPStatG, die über das Angebot und die Nachfrage von Gesundheitspersonal in bestimmten Einrichtungen des Gesundheitswesens informieren soll, ist hierbei von entscheidender Bedeutung. Das regionale Gesundheitspersonalmonitoring sollte jedoch – in Ergänzung zur Erfassung der Gesundheitspersonalstatistik gemäß § 4 GAPStatG – auch Daten zu tätigen Psychotherapeut*innen im ambulanten Bereich berücksichtigen und nicht nur auf ambulante Pflegeeinrichtungen beschränkt werden. Dies ermöglicht Aussagen zur psychotherapeutischen Versorgung pro Kreis oder kreisfreier Stadt, wie sie mit aktuell verfügbaren Statistiken nicht hinreichend erzielt werden kann. Diese dann öffentlich zur Verfügung stehenden Informationen können eine empirisch fundierte Entscheidungsgrundlage bieten, die es den für die Sozialversicherungen zuständigen obersten Landesbehörden in Zukunft noch besser ermöglicht, von ihren Mitberatungsrechten in den Zulassungsausschüssen gemäß § 96 Absatz 2a SGB V Gebrauch zu machen, um die Versorgung in unterversorgten Regionen sicherzustellen. Aus Sicht der BpTK ist es hierfür notwendig, dass die statistischen Daten differenziert für die verschiedenen Facharztgruppen und regionalisiert auf Kreisebene vorliegen.

Weiterhin schlägt die BpTK vor, dass im Rahmen der Statistik über Gesundheitsausgaben gemäß § 3 GAPStatG auch die Höhe der Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen gemäß § 13 Absatz 3 SGB V aufgeführt werden.